

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定更新申請書  
（薬局）

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	電話番号		
開 設 者	住 所	電話番号		
	氏名又は名称			
	生 年 月 日	年	月	日   職 名
薬 剤 師 の 氏 名				
調剤のために必要な設備 及び施設の変更の有無		有 ・ 無		
<p>(宛先) 旭川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）の指定の更新を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第60条第1項の規定により、申請します。</p> <p>なお、申請に当たっては、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">開 設 者 住 所 氏名又は名称</p>				

- (注) 1 指定の申請をする医療が、育成医療又は更生医療のいずれかであるときは、申請に係る医療を○で囲んでください。
- 2 「調剤のために必要な設備及び施設」について、直近の指定等の申請（変更の届出をした場合にあつては、当該届出）後に変更があつたときは、変更の内容が分かるものを添付してください。